Über die

Beziehungen des Morbus Basedowii zu den Erkrankungen der weiblichen Genitalien.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Arthur Bucerius,
approb. Arzt aus Strassberg a/Harz.

München, 1902.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Über die

Beziehungen des Morbus Basedowii zu den Erkrankungen der weiblichen Genitalien.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Arthur Bucerius,
approb. Arzt aus Strassberg a/Harz.

ACAD.
LUDWIG MAX.
BIBL.

München, 1902.
Kgl. Hof- und Universitätsbuchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizin. Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. Bollinger.

Dem Andenken seiner teuren Eltern

in Dankbarkeit und Liebe

gewidmet vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548324_0045

Nach der epochemachenden Publikation Basedows im Jahre 1840 über den Symptomkomplex: Struma, Exophthalmus und Tachycardie, hat sich das Interesse der Ärzte in hohem Masse dieser Erkrankung zugewandt. Die gegenwärtige Litteratur zählt ungefähr 1100 Abhandlungen über Morbus Basedowii. Trotz der fortgesetzten Studien hat sich bis heute noch keine Übereinstimmung der Autoren über die Ätiologie und Pathogenese dieser Krankheit erzielen lassen, ein Beweis für die Schwierigkeit, das eigentliche Wesen des Morbus Basedowii zu ergründen. Verschiedene Autoren erkannten das Vorhandensein von Beziehungen zwischen Morbus Basedowii und Veränderungen im weiblichen Genitalsystem und versuchten sie zu erklären.

Die ersten derartigen Beobachtungen stammen von Basedow selbst; er stellte das bei weitem häufigere Vorkommen der Krankheit beim weiblichen Geschlecht fest und beobachtete bei einer Patientin Besserung durch die Gravididät (Caspers med. Wochenschrift. 1840. H. 13). Später wurden von Begby (Monthly Journal of med. science. 1843. p. 674) unregelmässige Menstruation und von Cheadle (St. Georges Hospiz Rep. 1878) Atrophia uteri et mammae beschrieben. Im Jahre 1867 erbrachte Hermann Cohn (Kl. Monatsblätter von Zehender. 1867. pag. 351) einen wichtigen Beweis für die Abhängigkeit des Morbus Basedowii von der Genitalsphäre. Er beobachtete bei einer jungen an Basedow'scher Krankheit leidenden Dame eine bei jeder Periode auftretende, mit dem Exophthalmometer messbare Protrusion beider Bulbi. In der

Zeit zwischen den Menses zeigten beide Augen ein in jeder Hinsicht normales Verhalten. Der Halsumfang betrug während der Periode 14½", sonst 14". Beim Treppensteigen traten Herzpalpationen auf, obgleich weder Perkussion, noch Auskultution etwas Abnormes an den Brustorganen ergaben.

Bei Rampoldi (Rapporti morbosi esistenti fra l'apparato sessuale e il visio Milano 1881) findet sich eine Beobachtung Quoglinos, wonach eine junge Frau nach der Hochzeitsnacht an Symptomen des Morbus Basedowii erkrankte:

1889 veröffentlichte Kleinwächter folgenden Fall:

29jährige Patientin, Mammae vollständig geschwunden, Mons veneris kahl, Labien schlaff, leichter Prolaps der vorderen Vaginalwand, Vaginalportion kaum bohnengross, Uterus auffallend klein und schlaff, Länge desselben 4 cm., Wandungen dünn, Ovarien verkleinert, Libido angeblich seit Cessieren der Menses geschwunden, Menses fehlen seit sieben Monaten, vorher schwach, aussetzend; Haupthaare, Haare in der Achselhöhle ausgefallen.

Nach Kleinwächter ist der Morbus Bassedowii eine trophische Störung mit nachfolgender Funktionsstörung bezw. Funktionsaufhebung, so dass Gravidität nicht eintreten kann. Zweifelhaft sei nach Ablauf des Leidens eine restitutio ad integrum.

Sänger hält die Zahl der Fälle, wo bei Frauen mit Morbus Bassedowii die Genitalien sachgemäss untersucht wurden, für zu gering, um etwas Allgemeines aussagen zu können; indessen stehe nach den beobachteten Fällen fest, dass die Atrophie des Uterus sowie der ganzen Sexualorgane keine konstante Folge des Morbus Basedowii sei.

Hoedemaker (Centralbl. für Gynäkol. XV. 8) fand bei einer 29jährigen an Basedow'scher Krankheit leidenden Frau Kleinwächters Befund bestätigt.

Bamours fand einmal Atrophia uteri.

1892 veröffentlicht Kleinwächter abermals zwei Fälle (Centralbl. für Gynäkol. 1892. 10.)

I. Eine 30jährige Frau hatte 3—4 Jahre an Morbus Basedowii gelitten, während der Zeit unregelmässige und spärliche Menstruation; Uterus normal, leichter Descensus der vorderen Scheidenwand.

II. Eine 23jährige Frau litt seit vier Jahren an Morbus Basedowii. Spärliche Menses, Ausfallen der Kopf- und Schamhaare, Cariöswerden der Zähne; Abmagerung besonders der Brüste; keine Verkleinerung des Uterus, aber Verkleinerung des rechten Ovariums. 1% Zucker im Harn.

Kleinwächter berichtet hierüber: Wenn es daher, was ich durchaus nicht bezweifeln und früher nie bezweifelt habe, Fälle gibt, in denen bei Erkrankung an Morbus Basedowii die Sexualorgane nicht pathologisch tangiert werden, so gibt es anderweitig auch solche, in denen dies geschieht. Dass dies bei hochgradigen Erkrankungen und zwar in tiefgreifendster Weise geschehen kann, erweisen die Fälle, die von mir, Hoedenmaker und Bamours gesehen wurden. Dass dies aber ebenfalls, wenn auch natürlicher Weise, in geringem Grade bei niederen Erkrankungsformen stattfinden kann, erweisen die zwei eben mitgeteilten Fälle. Dass aber auch bei hochgradiger Erkrankung das Sexualsystem unbeteiligt bleiben kann, zeigen die Fälle Sängers. Es handelt sich, wie ich meinen möchte, darum, festzustellen, wann bei dem genannten Krankheitsprozesse das Sexualsystem in Mitleidenschaft gezogen wird, und waren auch die Zahl der bisher bekannten Fälle jedenfalls nur gering, um ein endgültiges Urteil fällen zu können. Um zu letzterem zu gelangen, müssen noch viel mehr Fälle zur Beobachtung kommen.

Von grossem Interesse sind die Publikationen Theilhabers, die hier kurz mitgeteilt seien:

I. 28. I. p. Atrophia uteri ohne nachweisbare Ursache. Ein Spezialarzt für innere Medizin wies Vergrösserung des linken Ventrikels nach. Zwei Jahre später bestand neben Gravididät ausgesprochener Morbus Basedowii. Gravididät und Partus verliefen normal. Ein Jahr später normale Menses, Atrophia labiorum, Uterus retroflektiert, ca. 5 cm lang. Struma bedeutend; Puls 92.

II. Patientin elf partus, vier Monate nach der letzten Geburt Morbus Basedowii. Atrophie der Genitalien.

III. 38. Nullipara, Uterus myomatosus; drei Jahre später nach psychischer Erregung Morbus Basedowii. Regelmässige Menses, Vergrösserung des Myoms; Atrophia uteri et vaginae! Puls 110—140.

IV. Morbus Basedowii bei einem 21jährigen Mädchen mit Aplasia vaginae. Ovarien sehr klein. Vagina operativ verlängert, ohne Erfolg; alle vier Wochen Herzklopfen.

Nach Teilhaber besteht eine gegenseitige Beeinflussung von Morbus Basedowii und den Veränderungen an den weiblichen Genitalien, es kann

1. bei besonders hierzu disponierten Individuen sich Morbus Basedowii infolge von manchen Veränderungen im weiblichen Geschlechtssystem entwickeln;
2. umgekehrt ruft der Morbus Basedowii nicht selten Störungen in den weiblichen Genitalien hervor.

Ad 1. Zustände im weiblichen Genitalsystem, die zur Entstehung des Morbus Basedowii beitragen können:

a) Schwangerschaft,
b) Puerperium,
c) Laktation,
d) alle zu starken Blutungen,
e) Anomalien,
f) operative Eingriffe, vor allem Kastration.

Ad 2. Der Morbus Basedowii ist die Ursache von Atrophie des gesamten Genitalapparates oder auch nur von einzelnen Teilen desselben.

Im Gegensatz zu Kleinwächter, der eine restitutio ad integrum für ausgeschlossen hält, berichtet Teilhaber über einen Fall, wobei er langsame, aber stetige Zunahme der Länge des Uterus bei 6 1/2 cm beobachtete; er schliesst daraus, dass, wenn sich das Grundleiden bessert, auch der Uterus wieder normale Form und Konsistenz annehmen kann.

Freund stellte bei allen von ihm gynäkologisch untersuchten Frauen mit Morbus Basedowii eine Parametritis

chronica fest und rechnet die Krankheit zur sympathischen Hysterie.

Foerster nimmt die Krankheitsursache in der Geschlechtssphäre an. Er stützt seine Annahme darauf, dass er bei einem jungen Manne mit Morbus Basedowii eine nach geschlechtlicher Aufregung entstandene starke Anschwellung beider Nebenhoden nachweisen konnte.

Joseph Odeye (Influence des modifications utero-ovariennes sur les affections du corps thyroïde. These de Paris 1895) teilt seine interessanten Krankengeschichten über den Zusammenhang von Morbus Basedowii und Fibroma uteri mit, wonach nach Exstirpation des Fibroms die Struma schwand.

I. Eine 42jährige Frau, mit einem grossen Uterusfibrom, hatte Struma, Exophthalmus und nervöse Beschwerden. Nach der Kastration schwanden Struma und Fibrom: Exophthalmus, Carotidenklopfen und nervöse Beschwerden bestanden fort.

II. Eine Patientin wurde jahrelang wegen eines schweren Morbus Basedowii erfolglos behandelt. Plötzlich erkrankte sie mit Zeichen von Ileus. Man fand ein grosses Uterusfibrom. Der Uterus wurde exstirpiert. Die Symptome des Morbus Basedowii schwanden vollständig.

Der in meiner Dissertation angeführte Fall, welcher mir von Herrn Professor Bollinger gütigst überwiesen wurde, bietet dadurch Interesse, dass er mit einer Erkrankung der weiblichen Genitalien kombiniert ist: Uterus myomatosus, Dermoid des linken Ovariums, Verkalkung des rechten Ovariums. Der Fall liefert einen neuen Beleg dafür, dass zwischen Morbus Basedowii und den Veränderungen an dem Genitalapparat Beziehungen bestehen, die wir zur Zeit noch nicht genügend deuten können.

Krankengeschichte.

Maria Dallmeyer, 50 Jahre alt, Schrannenmeisterstochter, ledig. Eintritt: 3. Mai 1902, Tod: 17. Juni 1902.

Anamnese: Patientin leidet seit Mitte März an Verstopfung und Appetitlosigkeit. Nachdem sie einige Zeit bei einem Privatarzt in Behandlung gewesen war, begab sie sich in das Krankenhaus l. d. I. Schon vor zwölf Jahren will Patientin an einem ähnlichen Leiden erkrankt und auswärts in einem Krankenhause gewesen sein, von wo sie wieder gesund entlassen wurde. Schon damals sei der Leib aufgetrieben gewesen, und der Arzt habe ein Gewächs konstatiert. Sonst will Patientin nie krank gewesen sein. Die Eltern sind an Herzleiden gestorben. Eine Schwester, die noch lebt, ist ebenfalls herzleidend, die übrigen noch lebenden Geschwister sind gesund.

Status praesens.

Ziemlich langer Körper, Muskulatur und Panniculus adiposus atrophisch, Haut anämisch, von fahler Farbe; nur die Wangen rigide gerötet. Kachektisches Aussehen; Exophthalmus. Halsvenen stark geschwellt. Struma follicularis linksseitig, besonders stark in der Mitte in der Medianlinie ein etwa taubeneigrosser circumskripter Knoten. Starkes Ödem an den Beinen.

Respiration: Thorax flach, Supra- und Infraclavikulargruben eingezogen. Atmung beschleunigt, oberflächlich, Lungengrenze sehr hoch stehend, rechts in der Parasternallinie vierte Rippe; dabei schneidet die Leber innerhalb der Mammillarlinie mit dem Rippenbogen ab. Links vorn oben und rechts hinten oben Schallverkürzung, über der ganzen linken Lunge giemende und brummende Geräusche. Lungengrenze hinten zehnter Brustwirbel, frei verschieblich. Flüssigkeit im Thoraxraum nicht nachzuweisen.

Cirkulation: Herzfigur mässig verbreitert, Herztöne leise, Herzaktion stark beschleunigt und arhythmisch. Puls klein, unregelmässig, inäqual.

Digestion: Abdomen im ganzen aufgetrieben und stark vorgewölbt. In der rechten Inguinalgegend eine etwa faustgrosse, mässig harte, druckempfindliche Resistenz, ebenso in der linken eine gleichbeschaffene etwas grössere. Leber und Milz infolge der Schwellung des Abdomens nicht genau zu umgrenzen.

P. S. Die Haut ist trocken und heiss. Das Stellwaagsche, Graefesche und Möbius'sche Phänomen fehlen.

Diagnose: Carcinoma ovarii, Insufficientia cordis.

4. V. Puls 90; 94. Respir. 32; 34. Digitalis 0,1.

10. V. Puls 118; 116. Resp. 35; 40. Hb. 65%, Puls unregelmässig klein, aussetzend. Tct. strophanti.

24. V. Puls 88; 102. Resp. 32; 36. Links hinten unten Schallverkürzung, Bronchopneumonische Herde (?)

30. V. Puls 90; 104. Resp. 32; 36. Puls kräftig, gespannt, hebend, an den Malleolen Ödem nach dem Gehen; links hinten und etwa handbreit neben der Wirbelsäule Schallverkürzung; daselbst rauhes Inspirium und verlängertes Expirium.

8. VI. Puls 90; 90. Resp. 30; 34. Puls arhythmisch. Fol. Digital 1,0, Morphin 0,01, subkut.

15. VI. Puls 90; 194. Resp. 30; 34. Puls klein, unregelmässig. In Urin 2% Albumen, Erythrocyten und Leucocyten, vereinzelt granulierte Cylinder, auf genauere Untersuchung muss wegen hochgradiger Schwäche der Patientin verzichtet werden.

Sektionsbericht.[1])

Anatomische Diagnose: Morbus Basedowii, bedeutende Hypertrophia et Dilatatio cordis, Struma parenchymatosa.

Nebenbefund: Exophthalmus, Hydrothorax, Ascites, Hydrocephalus internus chronicus, Anasarca der unteren Extremität. Thrombotische Lungeninfarkte. Embolische Nierenkeile, Granularatrophie und beginnende Hydronephrose, rechts cyanotische Induration der Milz und Nieren, mannskopfgrosses Myom des Uterus, Dermoid des linken Ovariums, Verkalkung des rechten Ovariums.

Länge 167; Köpergewicht 62 kg.

Gewichte:

Linke Lunge	300;	Leber . .	1550;
Rechte „ .	520;	Milz . . .	255;
Herz . . .	570;	linke Niere	182;
		rechte „ .	180.

Äussere Besichtigung: Haut sehr blass, Livores schwach, Muskulatur atrophisch, Bulbi vorgetrieben, Conjunctiva blass, Pupillen mittelweit, am Halse eine Struma, Mammae un-

[1]) Sektions-Journal des pathologischen Instituts. Nr. 488. 1902.

entwickelt. Obere Extremität ohne Besonderheiten; ausgesprochenes Anasarca der untern Extremitäten. Panniculus adiposus fehlt fast vollständig. In der Bauchhöhle mannskopfgrosser Tumor, von den Ovarien ausgehend.

Organe der Respiration:

Diaphragmastand rechts: vierte Rippe, links: fünfte Rippe.

Die Leber überragt drei Finger den Prozessus xiphoideus. Das Omentum majus ist mit Coecum und dessen Umgebung verwachsen. Die Rippenknorpel sehr stark verkalkt und verknöchert. Pericard handtellerbreit vorliegend. Im Cavum pleurae mindestens 1 1/4 Liter seröser Flüssigkeit; im Herzbeutel 3—4 Esslöffel voll seröser Flüssigkeit. Im rechten Atrium und rechten Ventrikel reichliche Coagula. Linke Lunge sehr stark retrahiert, Umfang auf ein Viertel des normalen reduziert, Farbe blassgrau, Unterlappen hochgradig kollabiert. Pleura über dem grössten Teil der Lunge intakt, nur im Oberlappen einige sammetartige Trübungen. Oberlappen schneidet sich weich, beim Einschneiden hört man Knistern, seine Farbe ist gelbbräunlich.

Unterlappen: Schnittfläche fast trocken, hämorrhagisch infiltriert, dunkelbraungefärbt; ausgeschnittene Stückchen sinken im Wasser unter. Am scharfen Rande ein frischer Infarkt. In den grösseren Bronchien blutiger Schaum.

Rechte Lunge: im ganzen voluminöser als die linke, Oberlappen blass, Unterlappen dunkelbraun, lividschwärzliche Erhebungen, Infarkten entsprechend. Das Gewebe des Oberlappens ist trocken; in den grösseren Gefässen Thromben; eine ziemlich grosse Partie im Zustande der Erweichung.

Der Unterlappen schneidet sich derb, überall Thromben; ausgeschnittene Stückchen sinken im Wasser unter. In den Hauptstämmen der Arterien bleistiftgrosse Thromben. Am Eingang des Kehlkopfes blutiger Inhalt, jedenfalls vom Magen stammend. Rachenschleimhaut geschwollen, Larynxschleim-

haut blass. Rechts zwischen Pharynxwand und Wirbelsäule ein haselnussgrosser Tumor. Die Lappen der Glandula thyreoidea sämtlich vergrössert; sie schneiden sich links weich, rechts derb.

Organe der Cirkulation:

Herz in allen Durchmessern vergrössert. (Idiopathische Herzhypertrophie.)

Masse:

Linke Ventrikel-Höhe 10,0, Rechte Ventrikel-Höhe 10,5,
„ „ Dicke 1,6, „ „ Dicke 6,4,
Aortenumfang . . . 7,5, Pulmonalumfang . . 9,5.

Epicard durchsichtig. Sehnenflecke, Aortenklappen schlussfähig. Der rechte Ventrikel frauenfaustgross, darin ziemlich reichliche Gerinnsel, Ostium atrioventrikulare für drei Finger bequem durchgängig. Endocard durchsichtig. Trabekuläre Hypertrophie.

Rechter Vorhof: vom Umfang einer kleinen Faust. Endocard durchsichtig; marantische Thromben.

Linker Ventrikel: mässige Menge von Cruormassen, von ungefähr Gänseeigrösse. Aortenklappen zart und beweglich. Ostium atrioventriculare für zwei Finger durchgängig. Muskulatur von blassbrauner Farbe. Am Arcus aortae kalkige Einlagerungen.

Linkes Atrium erweitert, sonst ohne pathologische Veränderung. Aorta thoracica et abdominalis normal.

Milz in allen Durchmessern vergrössert; harte, bindegewebige Auflagerungen, Schnitt derb, Farbe dunkelbraunrot, Blutgehalt gering, trabekuläres Gerüst stark entwickelt.

Leber, in ihrem Umfang vergrössert, Kapsel durchsichtig, in der Mitte eine Schnürfurche. Das Gewebe schneidet sich derber als normal. Blutgehalt fast aufgehoben. Stauungszeichen im untern Teil des rechten Lappens. In der Gallenblase eine mässige Menge schwärzlicher Galle.

Das Coecum nach vorn verlagert, der rechte Ureter bis zum Umfange eines Fingers erweitert, der linke normal. Im Rektum mässige Menge von harten, geballten Fäkalien. Das Lumen ist etwas eng. Im Magen bräunlicher Inhalt, Diapedesisblutung; im untern Dünndarm gallig schleimiger Inhalt, im oberen Teil blutiger Schleim, Wand verdickt.

Die linke Niere schneidet sich derb, fibröse Kapsel gut abziehbar, Oberfläche gelappt, unregelmässige, narbige Einziehungen, eher vergrössert, cyanotische Verfärbung, gelbliche Herde, auf der Schnittfläche ein gelblicher Infarkt. Blutgehalt gering, Rinde breit, vom Mark gut geschieden. Die linke Niere kompensatorisch hypertrophisch.

Rechte Niere: Fibröse Kapsel ebenfalls leicht abziehbar, verkleinert. Substantia medullaris verringert, Farbe cyanotisch. Entzündliche Schrumpfniere und Hydronephrose.

In der Harnblase eine geringe Menge von orangefarbenem Harn, Schleimhaut wenig gerötet.

Im Vaginalgewölbe ein gestielter Tumor von etwa Pflaumengrösse; das Cavum uteri obliteriert; das Gewebe des Tumors schneidet sich zähe, die Schnittfläche ist weiss. Der Haupttumor subserös, mannskopfgross, in der linken Seite des Cavum Douglasi ein Dermoid, ausgehend vom linken Ovarium. Auf der rechten Seite des Tumors, mit der Bauchwand verwachsen, ein etwa taubeneigrosser, verkalkter Tumor, vielleicht eine Verkalkung des rechten Ovariums.

Gehirn: Dura mater mit dem Schädeldach verwachsen, Innenfläche glatt, glänzend, blass, anämisch. Die weichen Häute auf der Höhe der Hemisphären etwas verdickt, Gefässe wenig gefüllt, Gyri et Sulci deutlich abgegrenzt.

Grosshirn schneidet sich mässig derb, sehr wenig Blutpunkte, stark anämisch, graue und weisse Substanz deutlich abgegrenzt. Saftgehalt etwas vermehrt. Seitenventrikel etwas

vergrössert. Tela chorioidea erweitert, anämisch; Medulla oblongata ebenfalls anämisch.

Die Todesursache war Herzinsufficienz und die Infarkte in Lungen und Nieren. Die Kliniker hatten ausser dem Tumor des Uterus (Carcinom?) und der Insufficientia cordis nur Verdacht auf Morbus Basedowii diagnostiziert, weil das Stellwaag'sche, Möbius'sche und Graefe'sche Symptom fehlten und obgleich die drei Kardinalsymptome Tachycardie, Struma und Exophthalmus vorhanden waren. Durch die pathologisch-anatomische Untersuchung liess sich als einzige Ursache für die Herzhypertrophie die Tachycardie anschuldigen.

Das Zusammentreffen von Morbus Basedowii mit Myom des Uterus ist meines Wissens erst einmal und zwar von Theilhaber in der Litteratur erwähnt. Der vorliegende Fall unterscheidet sich gegen den von mir citierten Fall Theilhabers dadurch, dass auch die Ovarien affiziert sind, das linke zeigt ein Dermoid, das rechte ist verkalkt. Beim Theilhaberschen Falle sind vom Beginn der Myombildung bis zum Auftreten des Morbus Basedowii ca. drei Jahre, in den von mir angeführten ca. zwölf Jahre verstrichen.

Ich bin mit Theilhaber der Ansicht, dass sich infolge von Genitalaffektionen Morbus Basedowii entwickeln kann und dass umgekehrt Morbus Basedowii Genitalerkrankungen hervorrufen kann. In unserem Falle hat offenbar das Myom die Ursache oder doch zum mindesten das prädisponierende Moment für die Entstehung des Morbus Basedowii geführt. Begünstigt wurde das Auftreten des Morbus Basedowii wohl noch durch das Climacterium, da erfahrungsgemäss Climacterium, Ovarialerkrankungen, Puerperium, Menstruationsanomalien zur Basedow'schen Krankheit disponieren.

Schliesslich zeigt der beschriebene Fall noch, dass die klassische Trias, Tachycardie, Struma, Exophthalmus vollständig zur Diagnose Morbus Basedowii genügen und dass die übrigen Symptome, wie u. a. das Möbius'sche, Stellwaagsche und Graefesche Symptom, als Nebensymptome zu betrachten sind und höchstens zur Unterstützung der Diagnose dienen können.

Litteratur.

Hoedemaker: Atrophie der weiblichen Genitalien bei Morbus Basedowii. Centralblatt für Gynaec. XV. 8, 1891.

Kleinwächter: Wie ist der Genitalbefund bei Morbus Basedowii? Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynaec. XVI. 1889.

Nothnagel: Spezielle Pathologie und Therapie: Die Basedow'sche Krankheit von Möbius.

Odeye, Joseph: Influence des modifications utéro-ovariennes sur les affections du corps thyroide. Thèse de Paris 1895.

Sänger: Atrophie der weiblichen Genitalorgane bei Morbus Basedowii. Centralblatt für Gynaec. XIV. 7, 1890.

Theilhaber: Beziehungen der Basedowschen Krankheit zu den Veränderungen der weiblichen Genitalien. Archiv für Gynaecologie XLIX.

Curriculum vitae.

Natus sum Arthurus Bucerius mensis februarii die XXI a. MDCCCLXXVI in vico Strassberg patre Augusto mercatore matre Bertha e gente Alig; fidem profiteor evangelicam. Primis litterarum elementis in ludo Strassbergensi instructus in gymnasium Quedlinburgense a parentibus missus sum, quod per duos annos frequentavi, unde in urbem Nordhausen transgressus in gymnasium reale receptus sum. Tum in gymnasio reali Osterodensi maturitatis testimonium vere a MDCCCLXXXXVII adeptus, Berolinum me contuli, ubi bis sex menses studiis philosophicis operam dedi. Examine quo me latine graeceque scire ostenderem Hannoverae superato, academias Heidelbergensem et Berolinensem studiosus medicinae adii et hac in urbi vere a MDCCCC tentamen physicum feliciter subii. Studia ut absolverem Monachiam tempore paschali profectus medicus approbatus sum mensis Junii d. XX. h. s. a. II.